

## 人間ドック・脳ドック受診申込書

被保険者証記号番号	四 国	受診者名	
受診者生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月 日
受診コース	人間ドック ・ 脳ドック ・ 脳+人間ドック		
受診予定検査機関	<input type="checkbox"/>	帝国ホテルクリニック	大阪市北区天満橋1-8-50 帝国ホテル大阪3F
	<input type="checkbox"/>	アムスニューオータニクリニック	大阪市中央区城見1丁目4番 ホテルニューオータニ大阪4F
	<input type="checkbox"/>	多根クリニック	大阪市港区弁天1丁目2番2-600号 大阪ベイタワーイースト6階
	<input type="checkbox"/>	大野クリニック	大阪市中央区難波2-2-3 御堂筋グランドビル7F
	<input type="checkbox"/>	ベルクリニック	堺市堺区戎島町4-45-1 ホテル・アゴーラ リージェンシー堺11F
	<input type="checkbox"/>	暇生会脳神経外科病院	四條畷市中野本町28-1
	<input type="checkbox"/>	野崎徳洲会病院	大東市谷川2-10-50
	<input type="checkbox"/>	仁泉会病院	大東市諸福8-2-22

四條畷市国民健康保険人間ドック・脳ドック助成事業の対象となる人間ドック及び脳ドックの受診を申し込みます。

令和 年 月 日

四條畷市長 あて



住 所  
.....  
申 込 者 氏 名  
.....  
電 話 (       ) -

※ 以下は記入しないでください。

確 認 事 項	受診時の年齢30歳以上	可 ・ 否	受 付 印
	内臓疾患及び脳疾患による治療を受けていない	可 ・ 否	
	年度内初めての受診	可 ・ 否	
起 案 日	令和 年 月 日		
決 裁 日	令和 年 月 日		
上記の申込者については、人間ドック・脳ドック助成事業対象者であると認められるので、対象者証明書を交付してよろしいか伺います。		課 長	担 当
対 象 者 証 明 書 の 交 付 日		令和 年 月 日	